Aus der chirurgischen Klinik der Universität zu Leipzig.
(Gew. Direktor Geh.-Rat Prof. Dr. Trendelenburg.)

Ueber die Entfernung eines Fremdkörpers aus dem unteren Teile des Oesophagus.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der Medizin,

Chirurgie und Geburtshilfe

einer hohen medizinischen Fakultät der

Universität Leipzig

vorgelegt von

Martin Gläßer

praktischer Arzt in Hohnstein (Sächs. Schw.),
z. Z. Oberarzt der Reserve. (E. K. II.)
Feldlazarett 5 — XII. A. K. —
Frankreich.

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

Emil Lehmann, Leipzig
Spezialdruckerei für Dissertationen
1915

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
zu Leipzig. 31. Mai 1915.

Referent: Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Payr.

Seinen lieben Eltern.

Die Art und Weise der Entfernung von Fremdkörpern aus dem Oesophagus hängt ab, einerseits von Form und Beschaffenheit des Fremdkörpers, andererseits davon, an welcher Stelle des Oesophagus er sich befindet.

Ist der Fremdkörper weich, oder zwar hart, aber nicht mit vorstehenden Ecken oder Kanten versehen, so wird er mit Hilfe eines geeigneten Instrumentes leicht zu entfernen sein, selbst wenn er in dem unteren Teile des Oesophagus stecken sollte.

Anders ist es dagegen beim harten, eckigen oder kantigen Fremdkörper, insbesondere bei künstlichen Gebissen. Ihre Entfernung wird nicht nur dem praktischen Arzte, sondern auch dem geübten Chirurgen häufig Schwierigkeiten bereiten. Und doch zählt gerade das Verschlucken von Gebissen keineswegs zu den Seltenheiten. Egloff berichtet, daß es sich in mehr als 62 % derjenigen von ihm angeführten Fällen, in denen Erwachsene Fremdkörper verschluckt hatten, um künstliche Gebisse gehandelt habe.

Als Sitz derartiger Fremdkörper kommen hauptsächlich die sogenannten drei Engen des Oesophagus in Frage, nämlich die Stelle in der Höhe des Ringknorpels, die an der Bifurkation der Trachea, und schließlich die Stelle kurz oberhalb der Cardia.

Befindet sich ein solcher Fremdkörper im oberen Abschnitte der Speiseröhre, so wird seine Entfernung mittels eines geeigneten, gebogenen Instrumentes nicht sehr schwierig sein.

Ist der Sitz des Gegenstandes jedoch tiefer, so dürfte außer der Oesophagoskopie nur noch ein operativer Eingriff in Frage kommen.

Im Folgendem sollen die verschiedenen Methoden der Behandlung dieser letzteren Fälle beschrieben und in ihrer Bedeutung gewürdigt werden.

Vorauszuschicken ist, daß gewaltsame Extraktionsversuche wegen der Gefahr einer Verletzung der Wand des Oesophagus und der damit fast unausbleiblich verbundenen Mediastinalphlegmone vermieden werden müssen.

Ebenso verwerflich ist das gewaltsame Hinabstoßen derartiger Fremdkörper, da sich die Kanten und Spitzen nur zu leicht in die Schleimhautfalten des Oesophagus einkeilen, und man, anstatt zu bessern, die Lage des Patienten dadurch nur verschlimmert.

Vor der Entscheidung über die Art und Weise der Entfernung des Fremdkörpers ist zunächst seine Lage festzustellen.

Der Versuch, dies durch Eingehen mit einer elastischen Sonde zu erreichen, dürfte meist zwecklos und schädlich sein, denn entweder wird durch die Sonde der Fremdkörper nur noch tiefer in den Oesophagus hinabgestoßen, oder man kommt, wie dies nicht selten der Fall ist, mit den dicksten Schlundsonden mühelos in den Magen, ohne dabei ein Hindernis zu finden.

Diese letztere Erscheinung ist nach v. Hacker darauf zurückzuführen, daß die elastische Sonde in dem Bestreben, sich gerade zu strecken, hauptsächlich die hintere Wand

des Oesophagus berührt, und deshalb an dem, in den beobachteten Fällen mit seiner Konvexität der konkaven Vorderwand des Oesophagus anliegenden Gebiß vorbeigleitet.

Aus diesem Grunde empfiehlt v. Hacker auch die Anwendung der Olivensonde oder die eines von ihm eigens dazu angegebenen Instrumentes.

Sicheren Erfolg verspricht die Röntgendurchleuchtung und die Untersuchung mit dem Oesophagoskop.

Den besten Aufschluß über den Sitz eines Fremdkörpers bietet jedoch die Röntgenphotographie. Allerdings stellen sich ihrer erfolgreichen Anwendung mannigfache Schwierigkeiten in den Weg. So ist es wiederholt vorgekommen, daß man trotz mehrfacher Durchleuchtung den Fremdkörper nicht zu Gesichte bekam, weil bei der Aufnahme eine ungeeignete Körperstellung gewählt worden war.

Erst Wilms machte darauf aufmerksam, daß bei der sagittalen Durchleuchtung eine zumal metallfreie Prothese durch den Schatten der Wirbelsäule und des Herzens völlig verdeckt und daher auf dem Bilde nicht sichtbar wird. Nunmehr gelang es jedoch durch die sogenannte „Wilmsche Kippe“, bei welcher der Körper in eine schräge Stellung zu liegen kommt, in der sogenannten „Fechterstellung“, das heißt: von rechts vorn nach links hinten; in jedem Falle ein zuverlässiges Bild zu bekommen.

Auch die Oesophagoskopie führt fast immer zu einer zuverlässigen Feststellung der Lage des Fremdkörpers. Immerhin sind in der Literatur verschiedene Fälle veröffentlicht, wo man trotz vorheriger Feststellung des Fremdkörpers durch ein Röntgenbild denselben mittels Oesophagoskopes überhaupt nicht zu Gesichte bekam, da in diesen Fällen das Oesophagoskop einfach an dem in der Schleimhaut des Oesophagus fest eingebetteten Fremdkörper vorbei-

glitt, und sich die divertikelartigen, ausgebuchteten Schleimhautfalten auch auf keine Weise beseitigen ließen.

Trotzdem ist die Anwendung des Oesophagoskopes, zumal in der Hand des Geübten, sehr oft von gutem Erfolge gekrönt gewesen; hat doch v. Hacker seit dem Jahre 1878 verschiedene Fremdkörper im Oesophagus bis zu einer Tiefe von 26 cm hinter der Zahnreihe fast ohne Ausnahme mittels genannter Methode ohne Schwierigkeiten entfernt.

Wie bereits erwähnt, kommen bei der Anwendung der Oesophagoskopie hauptsächlich wohl nur solche Fälle in Betracht, bei denen der Fremdkörper nicht zu tief in der Speiseröhre sitzt und ohne besondere Kraftanwendung entfernt werden kann.

In schwierigen Fällen ist es jedoch geraten, sich lieber mit dem Nachweise des Fremdkörpers zu begnügen, als durch den Versuch, den Fremdkörper gewaltsam zu entfernen, die Lage des Patienten nur zu verschlimmern.

Entschieden ist es einem besonderen Glücksumstande zu verdanken, wenn es, wie Henrici und Blauel berichten, ihnen gelungen ist, ohne jedwede Verletzung ein Gebiß in einer Tiefe von 26 cm, ein anderes in einer solchen von 22 cm hinter der Zahnreihe, mit dem Oesophagoskop zu entfernen.

Dasselbe gilt von der von v. Hacker berichteten Tatsache, daß sich einmal ein im unteren Teile des Oesophagus befindlicher Fremdkörper beim Einstellen des Oesophagoskopes von selbst in den Magen habe drücken lassen. Solche Fälle stehen in der Literatur ziemlich vereinzelt da.

Weit günstiger ist es eben, wenn es sich um Fremdkörper handelt, die etwa in der Höhe der Bifurkation sitzen, oder vom Munde aus noch leichter zu erreichen sind. Bisher sind überhaupt nur 10 Berichte in der Literatur über

einwandfrei gelungene Gebißextraktionen mit Hilfe des Oesophagoskopes bekannt, denen wiederum 13 Mitteilungen über mißlungene Versuche gegenüber stehen. Gerade diese Mißerfolge der Oesophagoskopie sind zum größten Teile auf die feste Einkeilung des Fremdkörpers zurückzuführen, und die dadurch entstandene Schleimhautschwellung im Oesophagus.

Ein Verdienst von Miculicz und v. Hacker ist es, zwei Methoden angegeben zu haben, die die Entfernung von derartigen Fremdkörpern bedeutend erleichtern. Beide bedienen sich, um die Schwellung zu vermindern, der Einführung eines Cocaïn-Adrenalin-Tupfers, um zunächst ein freieres Arbeitsfeld zu haben, und zerlegen dann die Kautschukplatte des verschluckten Gebisses mittels galvanokaustischer Incisoren in mehrere Teile, so daß sich der Fremdkörper dann ohne Gefahr extrahieren läßt. Wie aus den oben angegebenen Zahlen ersichtlich, ist aber trotzdem der Erfolg bei der Oesophagoskopie geringer, als man annehmen könnte.

An operativen Methoden waren bis zu der erstmaligen Anwendung der Gastrotomie zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre nur die Oesophagotomia externa und interna bekannt. Von diesen beiden letzteren finden wir in der Literatur verschiedene Fälle verzeichnet, die teils mit gutem Erfolg, teils weniger glücklich operiert worden sind. Im Ganzen handelt es sich nach der Angabe von Balanescu und Cohn um ca. 326 Fälle.

Die Methoden dieser Operationen sind verschiedene. Blum zum Beispiel führte nach der Freilegung der Trachea vom Munde aus ein sogenanntes „Wildunger Bongie“ (mit Bleifüllung) in den Oesophagus ein, bis er an den Fremdkörper heranlangte, und spaltete dann auf diesem Bongie

den Oesophagus, entsprechend der Größe des Fremdkörpers, um diesen sodann bequem entfernen zu können.

Franke wieder beschreibt einen Fall, wo bei einem verschluckten Gebiß nur die Oesophagotomia externa ausgeführt wurde, und es dann leicht gelang, den Fremdkörper nach oben zu schieben, und vom Munde aus zu entfernen. Nach seiner Angabe sind außer diesem nur noch 2 Fälle, und zwar in der Chirurgischen Klinik in Jena nach der von Enderlen angegebenen Methode mit Glück operiert worden, obgleich sich bei dem oder jenem anderen Falle die an und für sich einfache Operation mit gutem Erfolg hätte durchführen lassen.

Selbstverständlich handelt es sich hierbei wiederum um Fälle, bei dem der Fremdkörper noch bequem vom Munde aus zu erreichen und zu fassen ist.

Auch ist diese Operation völlig ausgeschlossen, wenn der Fremdkörper bereits längere Zeit im Oesophagus verweilt und an seinem Sitze eine Veränderung der Schleimhaut hervorgerufen hat. Jedenfalls ist aber nicht zu leugnen, daß das von Franke empfohlene Verfahren im Falle des Gelingens eine nicht unwesentliche Abkürzung der Behandlungsdauer zur Folge hat.

Ueber einen weiteren von Friedrich operierten, interessanten Fall berichtet v. Hacker, der insofern Beachtung verdient, als Friedrich trotz der vorgenommenen Oesophagotomie schließlich doch noch gezwungen war, die Gastrotomie anzuschließen. Es handelte sich in diesem Falle gleichfalls um ein verschlucktes Gebiß, das bereits 4 Monate im Oesophagus verweilt hatte. In der Höhe der Kreuzung des Oesophagus und des linken Bronchus war eine deutliche Perforation und Kommunikation mit dem Bronchus nachzuweisen. Eine Extraktion des Fremdkörpers mittels Oeso-

phagoskopes gelang nicht; aus diesem Grunde wurde die Oesophagotomia externa angeschlossen und mit Erfolg durchgeführt. Um jedoch die Bronchialfistel ausheilen zu lassen, entschloß sich schließlich Friedrich, die Gastrotomie vorzunehmen und den Patienten nur mittels einer Magenfistel zu ernähren. Dieser Patient wurde hierdurch auch wieder völlig hergestellt.

Kurze Zeit darauf gelang es Friedrich, einen zweiten, ganz ähnlichen Fall auf dieselbe Weise zu heilen. Es handelte sich auch hier um ein verschlucktes Gebiß, das bereits längere Zeit im Oesophagus verweilt hatte, und das trotz der vorher anderwärts vorgenommenen Röntgenuntersuchung nicht einmal hatte nachgewiesen werden können.

Bemerkenswert ist dieser Fall noch insofern, als der Fremdkörper in einer Tiefe von 22 cm hinter der Zahnreihe saß, und die betreffende Patientin, gravida im 8. Monat, infolge der behinderten Ernährung und der durch ein Gangrän des Oesophagus bereits entstandenen Bronchopneumonie in ziemlich heruntergekommenen Ernährungszustande war. Bei der vorgenommenen Oesophagotomie zeigte sich gleichfalls das Vorhandensein einer Oesophago-Trachealfistel. Auch diese Patientin genas nach Anlegung einer Magenfistel vollkommen.

Aber auch die Oesophagotomie kann nicht in allen Fällen zum Ziele führen. Sitzt der Fremdkörper im unterem Teile der Speiseröhre, oder ist daselbst infolge längerem Verweilens desselben bereits eine Veränderung der Schleimhaut des Oesophagus eingetreten, so kann die Entfernung des Fremdkörpers nur auf dem Wege einer Gastrotomie gelingen.

Nach v. Hackers Statistik wurde diese Operation in 24 Fällen ausgeführt, wobei man 20 mal, wenn auch durch Entgegendrücken des Gegenstandes mit vom Munde aus eingeführten Sonden (Morten, Wilms), ferner mittels Durchziehens von an

Sonden befestigten Schwämmchen (Bull, Finney), oder durch Sondierung vom Magen her (Lejars, Körte), zum Ziele gelangte.

Die ersten, welche nach dieser Methode überhaupt vom Magen aus ein künstliches Gebiß entfernten, waren Richardsen im Jahre 1887, und Trendelenburg im Jahre 1888.

Die Technik der Operation verlangt in erster Linie ein durchaus sorgfältiges, allseitiges Abschließen der Bauchhöhle vor der Eröffnung des Magens, um jedwede Gefahr einer Peritonitis zu vermeiden.

In nachfolgendem Falle soll auf die von Trendelenburg in 5 Fällen angewandte und erprobte Technik näher eingegangen werden.

Krankengeschichte.

Anamnese: Martha M., 29 Jahre alt, hat am 3. VIII. 1908 früh 5 Uhr ein Gebiß, bestehend aus einer größeren Gaumenplatte ohne Ecken mit 5 vorderen Zähnen, von der bereits weitere 4 Zähne abgebrochen sind, verschluckt. Kurz darauf stellen sich Brechreiz, Erbrechen, sowie intensive Schmerzen in der Magengrube und links nach dem Rücken zu ein. Vier Stunden nach dem Verschlucken des Gebisses wird Pat. in das Krankenhaus gebracht, ohne daß vorherige Extraktionsversuche stattgefunden haben.

Status: Pat. zeigt Symptome luetischer Infektion an den Unterschenkeln (Papeln und Pigmentflecken), hat ein defektes Gebiß und am Oberkiefer einen lockeren Eckzahn.

Die Röntgenplatte zeigt deutlich links neben der Wirbelsäule am Ansatz der 9. Rippe, und den Interkostalraum bis zur 10. ausfüllend, eine Gaumenplatte mit Zähnen.

Diagnose: Fremdkörper im unteren Teile des Oesophagus.

Am selben Tage 11^{30} Uhr vormittags wird in Narkose der Versuch gemacht, den Fremdkörper mit dem Knopffänger zu extrahieren; er mißlingt jedoch.

Darauf erfolgt sofort die Operation: Die Bauchhöhle wird durch Längsincision in der Mittellinie des Epigastriums eröffnet. Der Magen wird in großer Ausdehnung vorgezogen und durch eine etwa 10 cm lange in der Mitte seiner Vorderwand parallel den Kurvaturen angelegten Incision zwischen den Magengefäßen eröffnet. Die Wundränder des Magens werden durch Knopfnähte an den Rändern der Hautwunde fixiert, so daß das Mageninnere völlig gegen die Peritonealhöhle abgeschlossen ist, und eine kreisförmige Oeffnung von ca. 13 cm Durchmesser zur Einführung der Hand entsteht. Der Fundus, der nur geringe Speisereste enthält, wird ausgetupft. Von der Magenwunde aus gelingt es, erst einen, dann einen zweiten mit Condom versehenen Finger durch die Cardia nach oben in die Speiseröhre einzuführen, das Gebiß mit den Fingern zu erfassen und zu extrahieren. Der Fremdkörper ist nur leicht in die Schleimhaut des Oesophagus eingebettet und ohne bemerkenswerte Schwierigkeit zu entfernen.

Die an der Haut fixierten Wundränder des Magens werden dann wieder losgelöst, und die Magenwunde selbst wird durch eine dreireihige Schichtnaht geschlossen. Zum Schluß wird auch die Bauchwunde durch Etagennähte verschlossen.

Am 14. VIII. zeigt sich ein vollkommen glatter Verlauf der Heilung. Ein unbedeutender Nahtabsceß ist im Ausheilen begriffen.

Am 19. VIII. werden die Nähte entfernt. Die Wunde ist völlig verheilt.

Am 24. VIII. steht Pat. auf.

Am 26. VIII. wird Pat. aus dem Krankenhause entlassen.

Trotz ihrer Methode kann freilich diese Operation auch nicht einen unbedingten Erfolg versprechen. Außer solchen

Fällen, bei denen der Fremdkörper bereits längere Zeit im Oesophagus verweilt hat, und an seinem Sitze ein Decubitus oder eine Gangrän der Speiseröhre entstanden ist, ist es vor allem die niemals völlig auszuschließende Gefahr einer Infektion der Bauchhöhle, die zu einem Mißerfolge führen kann. Jedoch finden sich in der Literatur nur 2 Fälle, die infolge der oben genannten Komplikationen im Gegensatze zu den 23 übrigen Operationen letal verliefen. Der eine Fall (Morton) muß auf die Operation selbst zurückzuführen sein. Der betreffende Patient starb kurz nach der Operation an einer Peritonitis, eine Folge, die sich, wie erwähnt, niemals durchaus vermeiden läßt, wenn auch die von Trendelenburg empfohlene Methode die denkbar größte Gewähr für einen glücklichen Verlauf der Operation bietet. In dem anderen Falle (Trendelenburg) erlag der Patient nachweislich einer schon vor der Operation infolge von Oesophagusperforation entstandenen gangränösen Aneumonie.

Den von Trendelenburg vorgeschriebenen Weg beschritten auch Wilms, Lexer und andere, zum Teil nach eigenen Modifikationen, die sich aber, wie die einzelnen Fälle tatsächlich beweisen, als minder vorteilhaft erwiesen haben.

Wie bereits gesagt, war das Bestreben bei diesen Operationen in erster Linie das, durch möglichst extraperitoneales Arbeiten eine Infektionsgefahr zu verhüten, was ein Teil der Operateure durch Anlegen eines möglichst kleinen Magenschnittes zu erreichen suchte. Es dürfte jedoch nach meinem Erachten ausgeschlossen sein, diesem Bestreben hiermit gerecht zu werden, da man unmöglich mit dem Finger von der vor die Bauchdecken vorgezogenen Magenwunde aus in die Cardia und in den unteren Teil des Oesophagus gelangen und zugleich einen in den meisten

Fällen eingekeilten Fremdkörper erfolgreich extrahieren kann, ohne daß dabei doch ein Teil des Magensaftes ausfließt. Aus diesem Grunde hat Wilms noch eine weitere, von dem durch Trendelenburg empfohlenen Verfahren abweichende Sicherung angewandt, um ein Ausfließen des Magensaftes und die dadurch ermöglichte Gefahr einer Peritonitis zu verhindern. Auch er legt einen auf das Mindestmaß reduzierten Magenschnitt an, so daß der mit einem Gummifingerling geschützte Finger die Magenwunde gerade nur passieren kann; dann läßt er sich diesen durch eine vorher bereits angelegte Tabaksbeutelnaht fest einbinden.

Sicher wird dadurch das Ausfließen von Magensaft und die Infektionsgefahr vermindert, doch erscheint mir diese Methode sonst keineswegs dem Trendelenburg'schen Verfahren gleichwertig zu sein. Erstens wird der durch die Tabaksbeutelnaht eingeschnürte und in seiner Bewegungsfreiheit ziemlich behinderte Finger nur unter großen Schwierigkeiten die Cardia auffinden können. Zweitens ist es gerade bei dieser Methode kaum möglich, zur Entfernung eines etwas höher über der Cardia sitzenden Fremdkörpers ein geeignetes Instrument mit einzuführen, und drittens ist der Operateur nie davor gesichert, daß die angelegte Tabaksbeutelnaht bei dem doch immer mit einiger Kraft ausgeführten Versuche, den Fremdkörper nach unten zu bringen, einmal einreißt, und sich dadurch der Mageninhalt in die Bauchhöhle ergießt, was doch gerade vermieden werden soll. Höchstens bei Kindern, wo man nur mit kleinen Verhältnissen zu rechnen hat, dürfte das Verfahren am Platze sein.

So hat auch Strauß einen Fall veröffentlicht, wo er bei einem 22 Monate alten Kinde ein größeres Eisenstück durch eine der Wilms'schen ganz ähnlichen Methode mit Erfolg entfernt hat.

Auch Lexer hat fast denselben Weg eingeschlagen. Er schlingt nach der Eröffnung der Peritonealhöhle den hervorgezogenen Magen mit 2 Seidenfäden an und deckt die freie Bauchhöhle ringsherum mit Kochsalzkompressen ab. Er legt ebenfalls das Hauptgewicht auf einen möglichst kleinen Magenschnitt, ohne jedoch vorher eine Tabaksbeutelnaht anzulegen, oder den Finger mit einem Condom zu schützen.

Allerdings war es Lexer selbst in dem von ihm operierten Falle nicht möglich, mit dem in die Cardia eingeführten Finger den Fremdkörper, ein verschlucktes Gebiß, zu erreichen. Erst nach einer Vergrößerung der Magenwunde und nachdem er die ganze Hand in den Magen eingeführt hatte, gelang es ihm, mit Zuhilfenahme eines zweiten Fingers den Fremdkörper zu erreichen und ihn mittels einer gebogenen Kornzange zu extrahieren.

Daß hierbei trotz der Erweiterung der Magenwunde der Eintritt einer Peritonitis vermieden wurde, ist ein Beweis dafür, daß auch das bloße Anschlingen der Magenwundränder und das Abdecken der Bauchhöhle mit Kochsalzkompressen geeignet ist, einer Infektionsgefahr vorzubeugen.

Immerhin dürfte nach meinem Erachten das von Trendelenburg angewandte Verfahren eine noch größere Sichereit gegen eine Infektion der Bauchhöhle gewähren und daher vor allem in den Fällen vorzuziehen sein, in denen man genötigt ist, durch eingehen mit der ganzen Hand sich zur bequemeren Entfernung des Fremdkörpers die Cardia herabzuziehen und der Magenöffnung näher zu bringen.

Daß bei dem von Lexer operierten Falle das Auffinden des Fremdkörpers mit großen Schwierigkeiten verbunden

war, lag wohl vor allem daran, daß der Fremdkörper bereits 5/4 Jahr im Oesophagus verweilt hatte und durch eine durch den langen Druck entstandene Stenose in der Schleimhaut des Oesophagus fest eingekeilt war, was auch bei anderen Fällen wiederholt vorgekommen ist. Außerdem hatte der den Patienten zuerst behandelnde Arzt das Gebiß mit einer Sonde nach unten gestoßen, so daß es dadurch nur noch fester in die Schleimhautfalten hineingepreßt worden war.

Wenn auch dem praktischen Arzte verschiedene Hilfsmittel, wie der einfache Gräfe'sche Münzenfänger oder der sogenannte Weiss'sche Grätenfänger, den auch Friedrich bei verschiedenen Fällen erfolgreich angewandt und aufs Wärmste empfohlen hat, zur Verfügung stehen, so wird es ihm doch nur in den seltesten Fällen gelingen, einen in der Tiefe des Oesophagus sitzenden, verschluckten Fremdkörper wieder ans Tageslicht zu befördern.

Aber auch die sonstigen Verfahren zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre waren, wie sich aus dem Vorstehenden ergibt, vor Einführung der von Trendelenburg vorgeschlagenen, von Lexer, Wilms und anderen modifizierten Operationsmethoden nicht ausreichend, um in allen Fällen in der Tiefe des Oesophagus sitzende Fremdkörper der oben gedachten Art zu entfernen.

Es ist somit unstreitlich ein großes Verdienst Trendelenburgs, der modernen Chirurgie durch seine Methode einen Weg gewiesen zu haben, der auch in den schwierigsten Fällen einen sicheren Erfolg verspricht.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, meinen hochverehrten, ehemaligen Lehrer, Herrn Geheimen Rat Prof. Dr. Trendelenburg für die Ueberlassung des Falles, Herrn Prof. Dr. Läwen für die jederzeit bereitwillige und liebenswürdige Unterstützung der Arbeit vor dem Kriege sowie Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Payr für die Uebernahme des Referates meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. **Zemann**-Jungbunzlau, Die laterale Oesophagotomie bei Fremdkörpern des Oesophagus. Wiener klinische Rundschau 1906 Nr. 20/21.
2. **Blum**-Limburg, Mediane Schnittführung zur Eröffnung der Speiseröhre. Centralblatt für Chirurgie 1906, Nr. 34/35.
3. **Burmeister**-Concepcion (Chile), Ein Speiseröhrenschnitt. Deutsche Medizinische Wochenschrift 1906, Nr. 15.
4. **Siebenmann**, Ein Kinderspielzeug als Fremdkörper in der Speiseröhre. Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte. XXXVI. Jahrgang 1906, Nr. 23.
5. **Franke**, Der seitliche Halsschnitt zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre ohne deren Eröffnung. Centralblatt für Chirurgie 1906, Nr. 50/51.
6. **v. Hacker**, a) Ueber einen Fall von Fremdkörpern im Oesophagus. Bericht im medizinischeu Verein zu Greifswald am 12. Januar 1907.
   b) Beitrag zur Behandlung von Fremdkörpern in der Speiseröhre. Aus der chirurgischen Klinik zu Greifswald.
7. **Henrici**-Aachen, Ueber 2 verschluckte Fremdkörper. Münchner Medizinische Wochenschrift 1907, Nr. 33.
8. **Lunzer**, Ueber die Behandlung tiefsitzender Fremdkörper des Oesophagus. Aus der chirurgischen Klinik in Königsberg i. Pr. Münchner Medizinische Wochenschrift 1907, Nr. 42.
   a) Handbuch der Chirurgie II. Bd., S. 407.
   b) Annales of Surgery, April 1896.
   c) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 69, S. 348.
   d) New York Aned, Journ. V, p. 481.
   e) Bull, of the John Hopkins Hospital V, 3 No. 26.
   f) Semaine médicale, V. 99. p. 12.
   g) Herzfeld, Centralblatt für Chirurgie 1898, Nr. 10.
   h) Arch. de médiz. et de pharmaz. militaire 06, ref. Arch. d. Chirurg. 07, p. 295.
   i) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 360, 01, S. 348.
   k) Annales of Surgery 96 April.
   l) Zahn, Inaug.-Diss., Leipzig 1006.
9. **Bruns**, a) Beiträge zur klinischen Chirurgie Bd. 42.
   b) Bruns Beiträge 1906, Bd. 29.

10. **Glücksmann,** Fremdkörper im Oesophagus. Verein für innere Medizin zu Berlin. Sitzung am 7. Januar 1707.
11. **Blauel,** Die Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre durch das Oesophagoskose. Mediz. naturwissenschaftl. Verein zu Tübingen. Bericht vom 27. März 1008.
12. **Thiemann,** Fremdkörper im Oesophagus mit besonderer Berücksichtigung ihrer Entfernung. Arch. für klin. Chirurgie 85. Bd., 3. Heft, Berlin 08.
13. **Neuhaus,** Fremdkörper im Magen und in der Speiseröhre. (Chirurg. Klinik der Kgl. Charité in Berlin) Heinike-Leipzig, Münchner Mediz. Wochenschrift 1908, Nr. 23.
14. **Läwen,** Fremdkörper im Oesophagus. Mediz. Gesellschaft in Leipzig, Münchner Mediz. Wochenschrift Nr. 35.
15. **Wilms,** Gastrotomie und Extraktion eines Fremdkörpers durch die Cardia als ultimum refugium. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.
16. **Trendelenburg,** Ein Fall von Gastrotomie wegen Fremdkörper im Oesophagus. Dissert. von Sklarck-Bonn 1889.
17. **Friedrich,** Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1907.
18. **Lexer,** Ueber Behandlung von Fremdkörpern in der Speiseröhre. Münch. med. Wochenschrift 1909.
19. **Strauß,** Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.
20. **Enderlen,** Münch. med. Wochenschrift 1908.
21. **Miculicz,** Arch. für klinische Chirurgie, Bd. 85.
22. **Egloff,** Centralblatt für Chirurgie 1906.

Lebenslauf.

Verfasser dieses, Ernst Friedrich Martin Gläßer, wurde am 8. November 1883 in Dresden-Plauen als Sohn des jetzigen Direktors des Königlichen Taubstummeninstitutes in Dresden, Louis Gläßer geboren. Nach Erlangung des Reifezeugnisses am Wettiner Gymnasium zu Dresden genügte er seiner Dienstpflicht als Einj-Freiw. beim 8. Kgl. Sächs. Infant.-Regiment Nr. 107 in Leipzig, und ließ sich gleichzeitig im Sommersemester 1903 daselbst immatrikulieren. Nach zweimaliger Unterbrechung seines Studiums in Leipzig, durch ein Studiensemester in Freiburg i. Br. und ein weiteres in Tübingen, woselbst er auch im Wintersemester 1906/7 sein Physikum bestand, kehrte er wieder nach Leipzig zurück, wo er im Oktober 1909 das Staatsexamen bestand. Nach Ableistung des praktischen Jahres am Friedrichstädter Krankenhaus, am Karolahaus und Kinderheilanstalt in Dresden genügte er seiner weiteren Militärpflicht als Einj.-Freiw. Arzt beim 3. Kgl. Sächs. Husaren-Regiment Nr. 20 in Bautzen. Am 1. Juli 1911 ließ er sich in Hohnstein (Sächs. Schweiz) als praktischer Arzt nieder. Nach einer dreijährigen Tätigkeit daselbst folgte er am 1. August 1914 dem Rufe des Vaterlandes.

Seine Lehrer waren: His, Rabl, Hering, Beckmann, Wiener, Pfeffer, Wiedersheim, Keibel, Grützner, Trendelenburg, Marchand, Curschmann, Zweifel, Sattler, Perthes, Hofmann, Flechsig, Hoffmann, Soltmann, Kockel, Rostosky, Noesske, Plettner, Brückner, Pantinsky und Wiebe.